

**ALUMNO/A**

Sala: \_\_\_\_\_ Div: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ Sacramentos: Bautismo \_\_\_\_\_ Comunción \_\_\_\_\_ Confirmación \_\_\_\_\_  
 Domicilio. Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Domicilio. Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. laboral: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

**MADRE/TUTOR**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Domicilio. Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. laboral: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

**CADENA TELEFÓNICA. Autorización para incorporar los siguientes DATOS**

<b>Teléfono fijo</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>			
<b>Celular madre</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Mail madre</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Celular padre</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Mail padre</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**RETIRO DEL ESTABLECIMIENTO**

Transporte escolar/remis SI NO En caso afirmativo, completar: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Otras personas autorizadas:

Apellido y nombre	DNI	Teléfono	Parentesco/relación

.....  
Firma y aclaración del padre/madre o tutor

<b>ALUMNO/A</b>			Sala:	Div:
Apellido:		Nombres:		
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	D.N.I:		
Grupo sanguíneo:	Obra social:	N° de afiliado:		

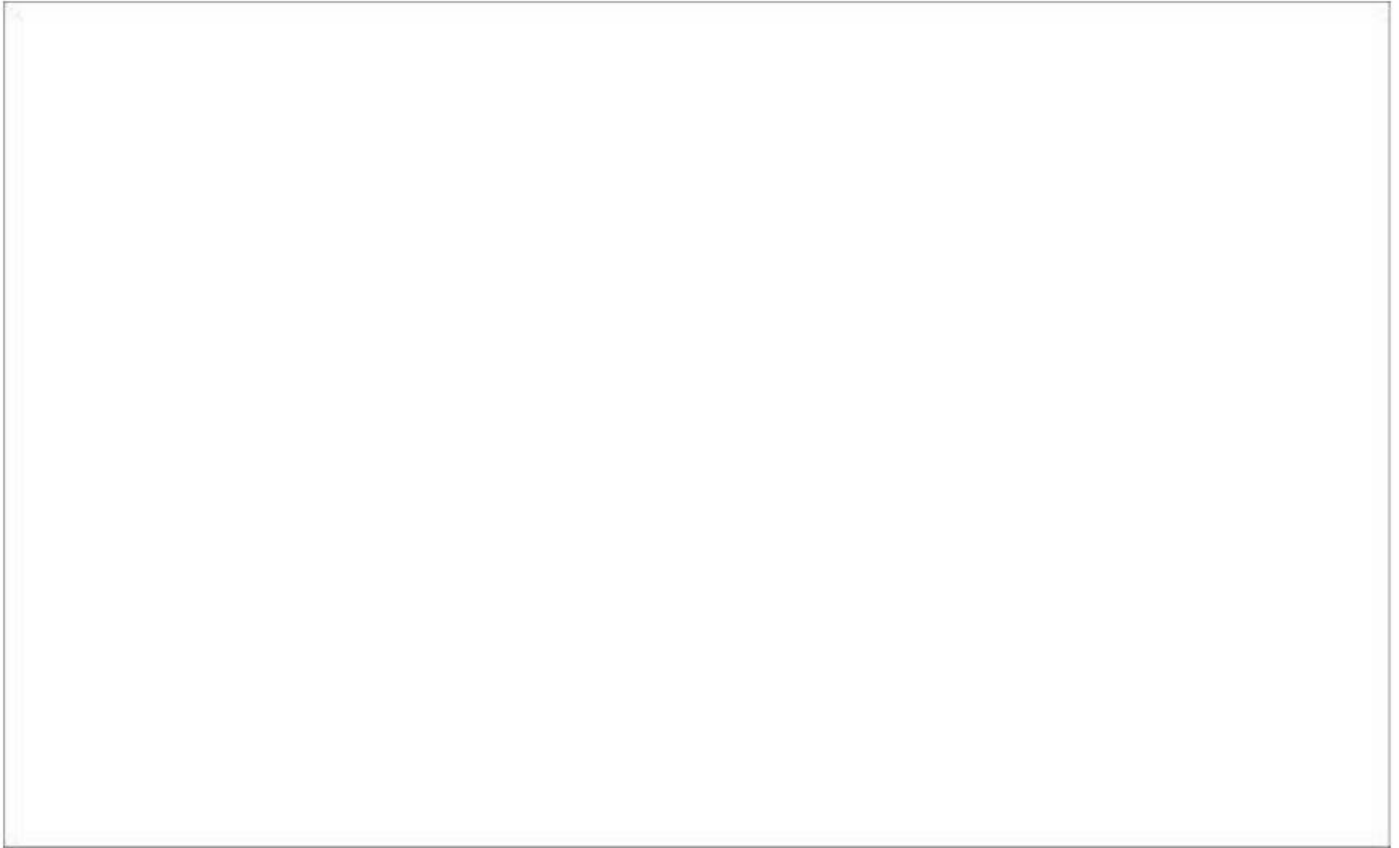
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Metabólicas: Diabetes			Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia			Alergias (indicar qué y cómo la trata)		
Convulsiones			Asma		
Sinusitis, adenoids, otitis (arepetición)			Epilepsia		
Trastorno de la alimentación			Trastorno emocional		
Otras ¿cuál?					
Operaciones (aclarar año y mes)					
De apendicitis			Otras		
En los últimos dos meses ¿tuvo alguna de estas enfermedades?					
	SI	NO		SI	NO
Hepatitis			Otra infectocontagiosa ¿cuál?		
Paperas			Mononucleosis infecciosa		
Varicela			Fracturas, esguinces o luxaciones (aclarar de qué)		
Manifiesta algún problema....					
	SI	NO		SI	NO
...auditivo? ¿Cuál?			...visual? ¿Cuál?		
...con algún tipo de alimento? ¿Cuál?			...en el sueño o el dormir? ¿Cuál?		
...cuando viaja en algún medio de transporte? ¿Cuál?			...con la práctica de deporte? ¿Cuál?		
...para retener el pis?			...de desviación de columna?		
...de pérdida de conciencia?			...de desmayos por golpe de calor?		
¿Actualmente toma algún medicamento? Indicar el nombre de la medicación y duración del tratamiento					

Alguna otra situación particular que la institución deba conocer en beneficio del alumno

*Esta ficha debe presentarse acompañada del certificado de aptitud física expedido por un médico, fechado en 2025. La fecha de presentación de esta documentación es hasta el 5 de marzo de 2025 sin excepción. Hasta no contar con las mismas, el alumno no podrá realizar actividad física.*

Fecha y firma y aclaración de padre/madre

FOTOCOPIA DEL D.N.I. (ambos lados):



FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL (ambos lados):

